

CONVENIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIONES (AAP)

AVISO: Este convenio describe los beneficios de asistencia para adopciones que usted (o ustedes) recibirá para su hijo (o hija) adoptivo. Si usted está de acuerdo, por favor firme el convenio y devuélvalo a la oficina/agencia de adopciones. Si no está de acuerdo, por favor comuníquese con la oficina/agencia de adopciones. Si usted y la oficina/agencia de adopciones no pueden llegar a un acuerdo, recibirá una "Notificación de acción" que le explicará cómo puede solicitar una audiencia con el Estado para resolver el asunto.

Yo (o nosotros), _____ (y _____), he hecho un
(NOMBRE DEL PADRE/MADRE) (NOMBRE DEL PADRE/MADRE)
 convenio con _____ sobre
(NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AGENCIA/OFICINA)
 beneficios de asistencia para adopciones para _____.
(NOMBRE DEL NIÑO)

Se espera que la elegibilidad para AAP continúe de _____ a _____.
(FECHA DE LA COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN) (FECHA EN QUE SE ESPERA TERMINE LA ELEGIBILIDAD)

Este Convenio de AAP continuará hasta que se modifique o se termine de acuerdo a los términos que contiene el mismo.

Esto es (marque uno) un convenio aplazado (complete solamente la Sección II.)
 un convenio inicial
 una enmienda al convenio con fecha de _____.
(FECHA DEL CONVENIO INICIAL)

Complete la Sección I ó II, la que sea pertinente.

SECCIÓN I

1. La cantidad de \$_____ mensuales en beneficios de AAP está autorizada para empezar en _____.
(FECHA EN QUE EMPIEZAN LOS PAGOS)

Las necesidades del niño se tienen que volver a evaluar periódicamente, al menos cada dos años. La fecha de la primera vez que se vuelva a hacer una evaluación es _____.
(FECHA DE LA PRIMERA REEVALUACIÓN)

2. A menos que los beneficios se terminen por causa de la edad, _____
(DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO)

me enviará el formulario AAP 3, "Información de reevaluación - Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)", al menos 60 días antes de la fecha de la próxima reevaluación. Yo (o nosotros) completaré el formulario AAP 3 y lo devolveré a _____.
(OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES)

Si no devuelvo el formulario AAP 3, la oficina/agencia de adopciones concluirá que ya no quiero continuar recibiendo los beneficios de AAP y dichos beneficios se suspenderán hasta que presente una nueva petición para los beneficios de AAP y haga un nuevo convenio de asistencia para adopciones.

3. Con mi (o nuestro) convenio, la oficina/agencia de adopciones, de acuerdo con la ley del estado, puede aumentar o reducir la cantidad de los beneficios de AAP de acuerdo a como cambien mis (o nuestras) circunstancias o las necesidades del niño.

4. **Es posible que** mi niño sea elegible para un aumento debido a su edad después que cumpla 5, 7, 9, 12, 13 y 15 años. En el Condado de Marin, los aumentos debido a edad ocurren después de cumplir los 5, 7, 9, 12, 13 y 15 años. Me comunicaré con la oficina/agencia de adopciones para solicitar este aumento.

5. Los beneficios de AAP no pueden exceder la cantidad aprobada por el Estado para un hogar de crianza temporal la cual depende de la edad del niño. Los beneficios tampoco pueden exceder cualquier aumento que aplique aprobado por el estado para cuidado especializado y para el cual el niño sea elegible y que se hubiese pagado si no se hubiera colocado al niño en adopción.

6. Es posible que cambie el pago por crianza temporal que el niño hubiera recibido si el niño recibe otros ingresos o se reciben otros ingresos a su nombre. Es posible que cambie cualquier aumento debido a cuidado especializado que el niño hubiera recibido a causa de un cambio en las necesidades especiales del niño. Si la cantidad de los beneficios de AAP excede la cantidad del pago por crianza temporal que el niño hubiera recibido si estuviera bajo este tipo de cuidado, la cantidad de los beneficios de AAP se reducirá a la cantidad del pago por crianza temporal.

7. Si el niño es actualmente cliente de un centro regional de California (CRC por sus siglas en inglés), la cantidad máxima disponible de los beneficios de AAP es de \$3,006.00. Es posible que los clientes del CRC que han recibido beneficios de AAP, los cuales antes de julio de 2007 eran más de \$3,006.00, continúen recibiendo la misma cantidad hasta que el niño ya no sea elegible para los beneficios de AAP.
8. La continuación de los beneficios de AAP depende de mi responsabilidad legal para el mantenimiento del niño y de que el niño continúe recibiendo este mantenimiento.
9. Yo (o nosotros) estoy de acuerdo en avisarle inmediatamente a la agencia/oficina de adopciones si ocurre alguno de los siguientes:
 - Cambia la dirección donde recibo el correo.
 - El niño se va del hogar de la familia y dejo de mantener al niño.
 - Ya no soy legalmente responsable del mantenimiento del niño.
 - El niño empieza a recibir ingresos no ganados (es decir, Seguro Social, Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado [SSI/SSP], u otros ingresos no ganados).
10. El no reportar estos cambios pudiera resultar en un pago excesivo, el cual se puede recuperar por medio de un cobro directo o una reducción en la cantidad de los beneficios actuales de AAP y los que se reciban en el futuro.
11. Yo (o nosotros) entiendo que _____ continuará siendo elegible para recibir los beneficios de AAP del Estado de California sin importar en qué estado vivamos.
(NOMBRE DEL NIÑO)
12. Yo (o nosotros) entiendo que bajo los términos de este convenio, el niño es elegible para recibir servicios bajo el Título XIX (asistencia médica en otro estado, conocida en inglés como "Medicaid") y el Título XX (Servicios Sociales) del Decreto Federal sobre el Seguro Social. Si yo (o nosotros) vivo o me mudo a otro estado, _____ le ayudará al niño a obtener estos servicios proporcionándome servicios de información y referencia.
(AGENCIA/OFICINA DE ADOPCIONES)
13. Yo (o nosotros) entiendo que el niño no será elegible para recibir los beneficios de AAP después que cumpla 18 años, **a menos que** tenga una discapacidad mental o física que justifique la continuación de los beneficios hasta la edad de 21 años.

SECCIÓN II (Convenio aplazado)

Yo (o nosotros) entiendo que _____ tiene _____,
(NOMBRE DEL NIÑO) (ESPECIFIQUE EL PROBLEMA DE SALUD)

lo que pudiera resultar en una necesidad de los beneficios de AAP en el futuro. Aunque no se necesita la asistencia en este momento, entiendo que después que se complete la adopción, si no puedo satisfacer las necesidades del niño en relación a esta condición médica ya conocida; una discapacidad física, mental, o emocional; u otra condición de salud, puedo solicitar los beneficios de AAP.

RAZONES QUE JUSTIFICAN LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE AAP:

- Edad
 Miembro de un grupo de hermanos
 Antecedentes adversos de los padres
 Grupo étnico minoritario
 Problema de salud mental/físico

PADRE/MADRE ADOPTIVO	FECHA	PADRE/MADRE ADOPTIVO	FECHA
REPRESENTANTE DE LA AGENCIA/OFICINA DEL NIÑO	FECHA	NOMBRE DE LA AGENCIA/OFICINA DEL NIÑO	
REPRESENTANTE DE LA AGENCIA/OFICINA DE LA FAMILIA <small>(SÓLO PARA LAS COLOCACIONES COOPERATIVAS)</small>	FECHA	NOMBRE DE LA AGENCIA/OFICINA DE LA FAMILIA	